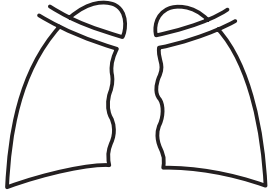


健康診断書

(HEALTH CERTIFICATE)

氏名 (Full Name)		生年月日 (Date of Birth)		
		/	/	
		(Year)	(Month)	(Day)
現住所 (Present Address)		性別 (Sex)	国籍 (Nationality)	
		男 (Male) 女 (Female)		
エックス線 検査 (X-ray Examination)	エックス線像 (X-Rays)		所見 (Findings)	
	(撮影年月日) (Date of Examination)			
				
		健康 (Normal)	・ 要観察 (Observation)	・ 要医療 (Treatment)
総合判定 (A general judgment)	優 (Excellent) ・ 良 (Good) ・ 可 (Fair) ・ 不可 (Poor)			
その他特記事 (Any Other Remarks)				
上記の通り相違ないことを証明します。 (I hereby certify the above statements are true.)				
診断日 (Date of Examination)	年 (Year)	月 (Month)	日 (Day)	
検査施設名および住所 (Institution and Address)	施設名 (Institution)	住所 (Address)		
医師氏名署名 (Full Name and Signature of Doctor)				
			印 (Stamp)	

※医師が必ず全てを記入すること (To be filled out by physician only)

※黒のボールペンで記入してください。消えるボールペンは使わないでください。

※日本語または英語で作成してください。